



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte

Buddeberg-Fischer, B ; Stamm, M ; Buddeberg, C ; Klaghofer, R

Abstract: Hintergrund: Ziel der Studie ist es zu untersuchen, welche berufliche Laufbahn junge Ärztinnen und Ärzte gegen Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung anstreben und welche Faktoren aus ihrer Sicht eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung attraktiver machen könnten. Methodik: Im Rahmen einer seit 2001 laufenden Schweizer prospektiven Studie zu Determinanten der Karriereentwicklung nahmen 534 junge Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2007 an der vierten Befragung teil. Sie machten Angaben zur angestrebten beruflichen Laufbahn, zum geplanten Praxismodell und Praxisstandort, ferner benannten sie Faktoren, die für bzw. gegen die Hausarztmedizin sprechen und welche die Attraktivität der Hausarztmedizin steigern würden. Ergebnisse: 84 Personen (42% Männer, 58% Frauen) streben eine Tätigkeit als Hausarzt/-ärztin an (60% spezialisieren sich in Allgemeinmedizin, 40% in Allgemeiner Innerer Medizin), 450 spezialisieren sich in einem anderen Fachgebiet. Von den 534 Studienteilnehmenden möchten 208 später in einer Praxis arbeiten, mehrheitlich in einer Gruppenpraxis (88%). 49% der zukünftigen Hausärzte planen eine Praxis in einer Stadt, von den Spezialisten sind es 77%. Als wesentliche Gründe gegen die Hausarztmedizin werden die unsichere Entwicklung der Hausarztmedizin und das niedrige Einkommen genannt, als positive Faktoren die Vielseitigkeit, das breite Patientenspektrum sowie die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung. Um die Attraktivität der Hausarztmedizin zu steigern, müssten interdisziplinäre Gruppenpraxen gefördert und die finanziellen Rahmenbedingungen verbessert werden. Schlussfolgerung: Die Hausarztmedizin wird als interessantes Berufsfeld eingeschätzt, die gegenwärtigen Rahmenbedingungen für die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit wirken jedoch abschreckend.

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1062721>

Other titles: Young physicians' view on factors that increase the attractiveness of general practice

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-10434>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Buddeberg-Fischer, B; Stamm, M; Buddeberg, C; Klaghofer, R (2008). Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen*, 70(3):123-128.

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1062721>

**Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der
Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte
Young physicians' view on factors that increase the attractiveness
of family medicine**

**Barbara Buddeberg-Fischer, Martina Stamm, Claus Buddeberg,
Richard Klaghofer**

Psychosoziale Medizin, UniversitätsSpital Zürich

Manuskript eingereicht bei ‚Das Gesundheitswesen‘: 24.9.2007

Die Studie wird durch Forschungskredite des Schweizerischen Nationalfonds (NF Nr. 3200-061906.00 und 3200 BO-102130), des Bundesamtes für Gesundheit, der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) und des Verbandes Schweizer Assistenz- und Oberärzte (VSAO) gefördert.

Einleitung

Seit einigen Jahren zeigt sich in der Medizin sowohl im Angebot medizinischer Leistungen wie auch bei deren Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ein Trend weg von der Hausarztmedizin hin zur Spezialarztmedizin [1, 2]. Dieser Trend ist vor allem in marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen wie in den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich zu beobachten, weniger ausgeprägt in staatlichen Gesundheitssystemen wie in Grossbritannien, Skandinavien oder den Niederlanden [3]. Die rasch zunehmenden Angebote von Spezialärzten (v. a. von technisch-apparativen Leistungen) führt einerseits zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen, haben aber auch negative Auswirkungen auf die Patienten. Vor allem komorbide und ältere Patienten benötigen eine/n Arzt oder Ärztin, welche/r die kranke Person als Ganzes im Blick hat und die Koordination verschiedener spezialärztlicher Befunde und Therapieempfehlungen übernimmt [4, 5].

Erst in den letzten Jahren haben Gesundheits- und Standespolitiker in Deutschland wie auch in der Schweiz die drohende Marginalisierung der Hausarztmedizin als ernstzunehmendes Problem erkannt [6-10]. Mehrere Faktoren verschärfen die ungünstige Entwicklung der Hausarztmedizin. Zum einen die Altersstruktur der aktuell tätigen Hausärzte: ca. ein Drittel wird in den nächsten 10 Jahren altershalber die Praxis aufgeben [2, 11]; zum anderen die zunehmende Feminisierung [1, 2]: – viele junge Ärztinnen möchten nach der Familiengründung nur noch Teilzeit arbeiten [12-15]; im Weiteren der soziokulturelle Wandel im Selbstbild, welches junge Ärztinnen und Ärzte von ihrer Arztrolle haben: der Arztberuf wird als Job wie jeder andere betrachtet, ein Arzt will sich nicht mehr für seine Patienten aufopfern und fordert ein Anrecht auf ein ungestörtes Privatleben [16, 17]. Vor allem ältere Hausärzte haben viel zum Image des chronisch überlasteten Hausarztes beigetragen. Klagen über hohe zeitliche Beanspruchung, unverhältnismässigen Administrationsaufwand und vergleichsweise niedriges Einkommen schrecken junge Ärztinnen und Ärzte immer mehr

vom Hausarztberuf ab [18]. Im Zusammenhang mit den in den letzten Jahren eingeleiteten Reformen des Medizinstudiums in Deutschland und der Schweiz wird im Studentenunterricht, aber auch in der Weiterbildung zum Hausarzt das Spezifische der Hausarztmedizin, d.h. die Zuständigkeiten und Aufgaben des Generalisten im Unterschied zum Spezialisten, vermehrt ins Zentrum gerückt. Nicht mehr einzelne, häufig vorkommende Krankheitsbilder werden im Unterricht vermittelt, sondern Konzepte, wie z.B. für den Umgang mit „schwierigen Patienten“, mit chronisch Kranken oder Sterbenden, die Funktion von Hausbesuchen oder die Entscheidungsfindung zwischen evidenz-basiertem Wissen und individualisierender Entscheidung im Praxisalltag [5, 19].

Im deutschsprachigen wie auch im angelsächsischen Sprachraum wurden in jüngster Zeit mehrere Studien zu den Gründen für den Attraktivitätsschwund der Hausarztmedizin publiziert [20-24]. U.W. gibt es bisher nur wenige Studien, welche der Frage nachgegangen sind, wie die Hausarztmedizin für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiver gestaltet werden könnte. Eine im deutschsprachigen Raum erste umfassende prospektive Studie aus der Schweiz [25-28] untersucht die berufliche Entwicklung einer grösseren Kohorte von jungen Ärzten und Ärztinnen vom Abschluss des Studiums (2001/02) bis zum Ende der fachärztlichen Weiterbildung (2009). Im Rahmen dieser Studie wurde u.a. die Frage untersucht, wie sich das Interesse an der Hausarztmedizin bei den Studienabgängern im Verlauf der postgradualen Weiterbildung entwickelt [29]. Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, welche berufliche Laufbahn bzw. welche Praxismodelle die jungen Ärztinnen und Ärzte anstreben. Ausserdem interessierte die Frage, welche Faktoren aus der Sicht der Assistierenden am Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung, d.h. 6 Jahre nach Studienabschluss für bzw. gegen eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung sprechen und welche Faktoren die Attraktivität der Hausarztmedizin steigern könnten.

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Die hier vorgestellte Untersuchung ist Teil einer prospektiven Studie zu Determinanten der Karriereentwicklung junger Ärzte und Ärztinnen [25-27, 29, 30]. Absolventen der Humanmedizin der drei Deutschschweizer Universitäten Basel, Bern und Zürich der Staatsexamensjahrgänge 2001/02 wurden in 2-jährlichen Intervallen seit dem Jahr 2001 viermal mit einem postalisch verschickten Fragebogen zu ihrer beruflichen Entwicklung befragt: Bei der Erstbefragung (T1, am Ende des Studiums) im Jahr 2001 nahmen von 1004 im 6. Studienjahr immatrikulierten Studierenden 711 Personen teil (Teilnahmequote 71%).

Bei T2 im Jahr 2003 (2. Weiterbildungsjahr) waren es 521, bei T3 im Jahr 2005 (4. Weiterbildungsjahr) partizipierten 572 und bei T4 im Jahr 2007 (6. Weiterbildungsjahr) beteiligten sich 543 junge Ärzte/innen (76.4% der Ausgangsstichprobe bei T1). Die hier präsentierten Daten stammen von der vierten Erhebung (T4).

Um die Anonymität der Teilnehmenden zu gewährleisten sind die Fragebogen nur mit einem Code identifizierbar. Ihre Adresse schicken die Studienteilnehmenden an eine unabhängige Adressverwaltungsstelle, von welcher auch die Fragebogen versandt werden.

Von den 543 Studienteilnehmenden bei T4 arbeiteten 9 (4 Männer, 5 Frauen) nicht im medizinischen Bereich. In die Datenanalyse für die vorliegende Studie gingen somit Angaben von 249 jungen Ärzten (46.6%) und 285 Ärztinnen (53.4%) ein (Studienstichprobe $n = 534$). Das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmenden liegt bei 33 Jahren. 64% der Befragten sind ledig, 34% verheiratet, 21% haben Kinder. Bei 34% ist der/die Partner/in ebenfalls Medizinerin.

Instrumente

Die für die vorliegende Studie relevanten Fragestellungen wurden mit strukturierten und quantitativ auswertbaren Fragen zu folgenden Bereichen untersucht:

- *Soziodemographie der Teilnehmenden*

- *Facharztwahl* (44 in der Schweiz anerkannte Facharztdisziplinen)
- angestrebte *berufliche Laufbahn* (Hausarztpraxis, Spezialarztpraxis, klinische Laufbahn, Universitätslaufbahn, Industrie, Gesundheitsadministration oder –politik)
- angestrebtes *Praxismodell* (Einzel- oder Gruppenpraxis, **HMO-Modell (Health-Maintenance-Organisation): z.B. Krankenkassen betreiben eine Praxis mit einer Gruppe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Mitarbeitenden anderer Gesundheitsberufe im Angestelltenverhältnis; Gruppenpraxis mit Budgetverantwortung, d.h. Krankenkassen bezahlen den Ärzten einen festen Betrag pro Patient.), Walk-in-clinic: Sehr grosse Gruppenpraxen mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen; Patienten müssen sich nicht anmelden; Öffnungszeiten 18 – 24 Std. an 7 Tagen pro Woche.)**
- geplanter *Praxisstandort* (Stadt und Agglomeration oder Ländliche Region)
- Vermittlung von *professionsrelevanten Lerninhalten im Studium*
- *Faktoren, die für bzw. gegen eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung sprechen*
- *Faktoren zur Steigerung der Attraktivität der Hausarztmedizin*

Ergebnisse

Berufliche Laufbahn

Von den 534 Studienteilnehmenden haben sich 84 (35 Männer, 42%; 49 Frauen 58%) für eine Tätigkeit als Hausarzt/ärztin entschieden. Von diesen spezialisieren sich 50 Ärztinnen und Ärzte (60%) in Allgemeinmedizin, 34 (40%) in Allgemeiner Innerer Medizin. 450 Studienteilnehmende spezialisieren sich in einer anderen Fachrichtung und wollen eine andere Laufbahn einschlagen. In Abbildung 1 ist die Verteilung der angestrebten beruflichen Laufbahnen dargestellt. Es zeigt sich, dass nur 16% (n = 84) ihre Zukunft in einer Hausarztpraxis planen, 20% (n = 108) streben eine spezialärztliche Praxis an, während 38% (n = 204) eine Laufbahn im stationären Bereich und nur 8% (n = 42) eine Universitätslaufbahn anvisieren. In anderen medizinischen Berufsfeldern wollen 3% (n = 18) arbeiten, 15% (n = 78) haben noch kein klares berufliches Ziel.

[Abbildung 1]

Von den zukünftigen Hausärzten/innen sehen sich 65% für die ganze Dauer ihres Berufslebens in einer Praxis der ärztlichen Grundversorgung, während 35% dies nur für einen gewissen Zeitraum ihrer beruflichen Tätigkeit planen.

Praxismodelle und Praxisstandort

Von denjenigen Ärzten und Ärztinnen, welche eine Praxis anstreben (n = 208), sehen sich 88% (n = 183) in einer Gruppenpraxis, nur 8% (n = 17) in einer Einzel- und 3% (n = 6) in einer HMO-Praxis; ein sehr geringer Anteil 1% (n = 2) kann sich vorstellen, in einer walk-in-clinic zu arbeiten.

49% (n = 41) der zukünftigen Hausärzte planen eine Praxis in einer Stadt oder städtischen Agglomeration, 51% (n = 43) in einer ländlichen Region. Bei den Spezialisten zeigt sich ein klarer Trend zu einem städtischen Praxisstandort (77%; n = 96) im Vergleich zur ländlichen Region (23%; n = 28)).

Vermittlung professionsrelevanter Lerninhalte im Studium

Auf einer Skala, welche neun für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit wichtige Bereiche umfasst, beantworteten die Studienteilnehmenden, in welchem Ausmass ihnen im Studium die dafür notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt wurden.

Abbildung 2 zeigt auf, dass betriebswirtschaftliche Kenntnisse zum Führen einer Praxis und gesundheitsökonomische Kenntnisse über die Kosten ärztlicher Behandlungen sowie Aspekte der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, Physio- und Ergotherapeuten, [Spitex \(spitalexterne Pflege\)](#), Sozialarbeit) im Studium viel zu wenig gelehrt werden. Kenntnisse in diesen Bereichen sind für den/die Hausarzt/ärztin von grosser Bedeutung. Nach Einschätzung der jungen Ärzte/innen wird auch der ethischen Entscheidungsfindung im Studium zu wenig Beachtung geschenkt. Dem Einüben sozialer und

kommunikativer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung dürfte nach Meinung der Assistierenden noch ein grösseres Gewicht eingeräumt werden. Die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung, ein vor allem für eine Hausarztztätigkeit wichtiger Bereich, wird offensichtlich relativ gut vermittelt.

[Abbildung 2]

Faktoren pro und contra Hausarztmedizin

Alle Studienteilnehmenden, ungeachtet ihrer Facharztwahl, schätzten in 10 gesundheitspolitischen und für die Hausarztmedizin relevanten Bereichen ein, wie sehr die einzelnen Faktoren entweder *für* bzw. *gegen* die Hausarztmedizin sprechen. In Abbildung 3 sind die Einschätzungen dargestellt. Wesentliche Gründe, die gegen die Wahl einer Hausarztztätigkeit sprechen, werden in der unsicheren Entwicklung der Stellung der Hausarztmedizin geortet, hauptsächlich in Bezug auf das niedrige Realeinkommen verbunden mit dem finanziellen Risiko der Führung einer eigenen Praxis. Der hohe administrative Aufwand, die zeitliche Belastung, geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und ein niedriges Prestige bilden weitere Minuspunkte. Als Pluspunkte werden die Vielseitigkeit der Hausarztztätigkeit mit einem breiten Patientenspektrum sowie die Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung gewertet.

[Abbildung 3]

Attraktivitätssteigernde Faktoren für die Hausarztztätigkeit

In einem weiteren Schritt beurteilten die Teilnehmenden, welche gesundheits- und standespolitischen Faktoren die Attraktivität der Hausarztmedizin steigern könnten. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, sollten Hausärzte/innen in der Zukunft vor allem in interdisziplinären Gruppenpraxen arbeiten können. Bei weiter bestehendem Zulassungsstopp für neu zu eröffnende Praxen (wie er seit 2002 in der Schweiz besteht) sollten die Bewilligungen für Hausarztpraxen grosszügiger erfolgen. Der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder gar dem Monopol für

gewisse hausärztliche Leistungen wird ein weniger grosser Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin beigemessen.

[Abbildung 4]

Um das finanzielle Risiko einer Hausarztpraxis vor allem in ländlichen Randregionen abzufedern, haben einzelne Gemeinden als Eigentümer Arztpraxen eingerichtet und vermieten diese an eine/n Hausarzt/ärztin. Damit entfallen Probleme der Anfangsfinanzierung und der Standortgebundenheit, zwei Aspekte, welche von jungen Ärzten/innen als Argumente gegen eine Praxiseröffnung in ländlichen Regionen angeführt werden. Etwas mehr als die Hälfte (52.5%) der Studienteilnehmenden glaubt, dass eine solche Lösung ihren Entscheid, Grundversorger zu werden, positiv beeinflussen könnte.

Diskussion

Die vorliegende Studie basiert auf Daten, die bei der vierten Befragung im Rahmen einer prospektiven Studie zur beruflichen Entwicklung junger Ärztinnen und Ärzte in der Deutschschweiz erhoben wurden. 76% der Personen, welche bei der Erstbefragung teilgenommen hatten, beteiligten sich auch 6 Jahre später an der vierten Befragung; verglichen mit anderen Longitudinalstudien in diesem Forschungsbereich kann diese Teilnahmerate als sehr hoch beurteilt werden [31, 32]; die Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung mehrheitlich am Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung.

Berufliche Laufbahn und Modelle beruflicher Tätigkeit

Während es in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern ebenso wie in den Niederlanden strukturierte Weiterbildungsprogramme für ‚Family Medicine‘ gibt [33, 34], ist der Ablauf einer *Weiterbildung zum Hausarzt in Deutschland und der Schweiz unstrukturiert* und muss von den Weiterzubildenden selbst organisiert werden [35, 36]. Dieser Umstand wirkt sich auf eine zielorientierte Weiterbildungsplanung negativ aus und führt oft zu einer unfreiwilligen Verlängerung der Weiterbildungszeit [28]. In den anderen medizinischen

Spezialdisziplinen kommt es zu einem früheren Zeitpunkt der Weiterbildung zu einer Art ‚Fachbindung‘, weil Schwerpunkt-Weiterbildungsstätten mit kleineren Kliniken Assistentenpools mit wechselseitigen Rotationsmöglichkeiten bilden. Neben den auch in anderen Studien genannten Gründen wie hohe zeitliche Belastung, niedriges Einkommen und Prestige sowie Inkompatibilität mit dem Lebensstil der jungen Ärztegeneration [20-24, 29] mag dies ein Grund sein, dass in unserer Studie nur 16% eine Hausarztztätigkeit anstreben. Für einen Hausarzt der älteren Generation war es selbstverständlich, dass er seine Hausarztpraxis während der ganzen Dauer seines Berufslebens führt. In der heutigen Zeit möchten sich Ärzte/innen wie auch andere Akademiker/innen im persönlichen und beruflichen Leben ein möglichst grosses Mass an Flexibilität bewahren [36, 37]. Für manche ist die Vorstellung abschreckend, sich mit ca. 35 Jahren auf einen Wohn- und Praxisstandort für die Dauer ihres Lebens festzulegen [36].

Der Wunsch zu grösserer Flexibilität zeigt sich auch bei den *angestrebten Modellen der beruflichen Tätigkeit*. Die grosse Mehrzahl junger Ärzte plant eine Tätigkeit in einer Gruppenpraxis. Ältere Hausärzte schätzten die Vorteile eines eigenen Kleinunternehmens, dem sie ihren Stempel aufdrücken konnten, erlebten sich aber oft als ‚Einzelkämpfer‘ [18]. Eine Gruppenpraxis bietet einen besseren fachlichen Austausch und die Umverteilung des Betriebsaufwandes; am meisten werden jedoch die Vorteile bezüglich Möglichkeit zur Teilzeitarbeit und gegenseitigen Vertretung genannt [36, 38]. Ein weiterer Grund für die Bevorzugung von Gruppenpraxen, insbesondere auch bei Hausärzten, ist die zunehmende Feminisierung [1, 2]. Wie verschiedene Studien zeigen, liegt die ‚Workforce‘ von Ärztinnen signifikant unter derjenigen der Ärzte [12-14]. Dies erklärt sich einerseits mit der Kombination von familiären Betreuungsaufgaben und Berufsausübung, andererseits entspricht eine Teilzeitarbeit oft mehr den Lebensentwürfen von Frauen [28]. Diesem Umstand müssen auch Gesundheitspolitiker und Berufsverbände Rechnung tragen: Bei einer Praxisübernahme sollte die Möglichkeit bestehen, dass z.B. zwei junge Kolleginnen die

Praxis zu je 50% übernehmen und je eine eigene Praxisabrechnungsnummer zugeteilt erhalten. Wegen des seit 2002 bestehenden generellen Praxiszulassungsstopps in der Schweiz (für Hausärzte ebenso wie für Spezialärzte) wird eine neue Konkordatsnummer nur durch die Aufgabe einer alten zugesprochen; bei dieser Regelung ist eine Teilzeitpraxis nicht vorgesehen.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich u.a. auch deshalb gegen die Hausarztmedizin, weil sie die Vorstellung als beängstigend erleben, dass man als Generalist für alles zuständig und damit auch verantwortlich ist [36]. Sie haben im Studium gelernt, dass medizinische Probleme vielschichtig sind; sie ziehen es deshalb vor, nur für einen Teilbereich, für den sie mit Spezialwissen ausgestattet sind, Verantwortung übernehmen. D.h. Spezialisierung bietet auch eine Entlastung von Verantwortung [5].

Um die Hausarztmedizin wieder attraktiver zu machen, sollten ergänzend zu Kenntnissen der Organmedizin auch Lerninhalte im Studium vermittelt werden, welche als Basis für das Führen einer hausärztlichen Praxis relevant sind. Wie verschiedene Autoren berichten, werden Ausbildungsdefizite im Medizinstudium vor allem im Bereich psychosozialer Kompetenzen und betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Kenntnisse geortet [39, 40]. Auch in unserer Studie sehen die Teilnehmenden gravierende Defizite ihrer Ausbildung in betriebswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kenntnissen. Besonderheiten der ärztlichen Grundversorgung werden zwar thematisiert, aber nach Einschätzung der jungen Ärztinnen und Ärzte immer noch zu wenig.

Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin

Wie verschiedene Studien zeigen, spielen finanzielle Gesichtspunkte eine wichtige Rolle, sich eher für ein medizinisches Spezialgebiet als für die Hausarztmedizin zu entscheiden [20, 23, 24]. In die gleiche Richtung gehen auch die Einschätzungen unserer Studienteilnehmenden. Obwohl mit der Einführung des neuen Ärztetarifs TARMED in der Schweiz per 1.5.2003 die

intellektuelle Arbeit des Arztes höher bewertet werden sollte als die technisch-apparative, hat sich die Einkommensschere zwischen Spezialisten und Hausärzten in den letzten Jahren weiter aufgetan. Die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit könnte also wesentlich durch gesundheitspolitische Massnahmen in Bezug auf eine Revision des Arzttarifs erhöht werden. Die Möglichkeit, Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und sozialer Herkunft mit unterschiedlichen Krankheitsbildern über einen längeren Zeitraum zu behandeln und zu begleiten, ist nach wie vor ein zentrales Motiv für eine hausärztliche Tätigkeit [36, 37, 41].

Wie aus den vorliegenden quantitativ erhobenen Ergebnissen ebenso wie aus Fokusgruppeninterviews hervorgeht [36], erachten viele junge Ärztinnen und Ärzte die Hausarztmedizin an sich als interessantes Fachgebiet, werten die Rahmenbedingungen für die Ausübung der ärztlichen Grundversorgung jedoch so negativ, dass schlussendlich viele eine Hausarztstätigkeit für sich nicht in Betracht ziehen.

Um das Interesse an der ganzheitlich orientierten Hausarztmedizin besser ausschöpfen zu können, sollte den Assistierenden aller Fachrichtungen vermehrt die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit vermittelt und sie zur interprofessionellen Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens angeleitet werden. Wenn diesem Aspekt in der fachärztlichen Weiterbildung mehr Beachtung geschenkt würde, könnte der Prestigeunterschied und das Konkurrenz- bzw. Hierarchiedenken zwischen Spezialisten und Generalisten verringert werden. In einem marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen trägt die Förderung von interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungsnetzwerken aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte mehr zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin bei als staatliche Verordnungen, welcher Arzt welche Leistungen erbringen und abrechnen darf. Andererseits kann die Gesundheitspolitik durchaus regulierend auf den Nachwuchs in der Hausarztmedizin einwirken, indem Praxisbewilligungen für Hausärzte trotz des Zulassungsstopps grosszügiger erteilt werden. Aus Sicht unserer Studienteilnehmenden ist eine Hausarztpraxis in der Zukunft dann attraktiv, wenn sie Teil einer interdisziplinären

Gruppenpraxis ist. Dieses Praxismodell sollte nicht nur in städtischen Gebieten, sondern auch in ländlichen Regionen vermehrt implementiert werden. Dank der sehr guten Verkehrswege und des breit ausgebauten öffentlichen Verkehrs in der Schweiz bieten grössere interdisziplinäre Gruppenpraxen auch in ländlichen Regionen als regionale ärztliche Versorgungseinheiten sowohl betriebsökonomisch als auch für die praktizierenden Ärzte attraktive berufliche Optionen. Wie oben bereits erwähnt, entspricht dieses Modell ärztlicher Tätigkeit in vielfältiger Weise dem beruflichen und persönlichen Lebensentwurf junger Ärztinnen und Ärzte [38, 42]: Teilzeittätigkeit, geteilte fachliche Verantwortung und interdisziplinärer Austausch, gegenseitige Vertretungsmöglichkeit, rationelle und kostengünstige Betriebsführung mit entsprechender Reduzierung des finanziellen Risikos.

Schlussfolgerung

Die Hausarztmedizin wird auch von der jüngeren Ärztegeneration als attraktives Berufsfeld betrachtet. Im Studium und in der Weiterbildung sollten die Inhalte der Hausarztmedizin vermehrt und nachdrücklicher im interdisziplinären und interprofessionellen Kontext vermittelt werden. Damit sich in Zukunft mehr junge Ärztinnen und Ärzte für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden, müssen sich die Rahmenbedingungen für die ärztliche Grundversorgung verbessern. Dies liegt in der Kompetenz und Verantwortung von Gesundheitspolitikern, Kostenträgern und Standesorganisationen.

Zusammenfassung

Ziel der Studie ist es zu untersuchen, welche berufliche Laufbahn junge Ärztinnen und Ärzte gegen Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung anstreben und welche Faktoren aus ihrer Sicht eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung attraktiver machen könnten.

Methodik: Im Rahmen einer seit 2001 laufenden Schweizer prospektiven Studie zu Determinanten der Karriereentwicklung nahmen 534 junge Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2007 an der vierten Befragung teil. Sie machten Angaben zur angestrebten beruflichen Laufbahn,

zum geplanten Praxismodell und Praxisstandort, ferner benannten sie Faktoren, die für bzw. gegen die Hausarztmedizin sprechen und welche die Attraktivität der Hausarztmedizin steigern würden.

Ergebnisse: 84 Personen (42% Männer, 58% Frauen) streben eine Tätigkeit als Hausarzt/ärztin an (60% spezialisieren sich in Allgemeinmedizin, 40% in Allgemeiner Innerer Medizin), 450 spezialisieren sich in einem anderen Fachgebiet. Von den 534 Studienteilnehmenden möchten 208 später in einer Praxis arbeiten, mehrheitlich in einer Gruppenpraxis (88%). 49% der zukünftigen Hausärzte planen eine Praxis in einer Stadt, von den Spezialisten sind es 77%. Als wesentliche Gründe gegen die Hausarztmedizin werden die unsichere Entwicklung der Hausarztmedizin und das niedrige Einkommen genannt, als positive Faktoren die Vielseitigkeit, das breite Patientenspektrum sowie die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung. Um die Attraktivität der Hausarztmedizin zu steigern, müssten interdisziplinäre Gruppenpraxen gefördert und die finanziellen Rahmenbedingungen verbessert werden.

Schlussfolgerung: Die Hausarztmedizin wird als interessantes Berufsfeld eingeschätzt, die gegenwärtigen Rahmenbedingungen für die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit wirken jedoch abschreckend.

Schlüsselwörter: Hausarztmedizin – berufliche Laufbahn - Praxismodelle – professionsrelevante Studien- und Weiterbildungsinhalte – Attraktivitätssteigernde Faktoren

Abstract:

Objectives of the study are to investigate young physicians' career plans at the end of their residency, and to assess what factors contribute in their view to improve the image of family medicine and make it an attractive career goal.

Methods: As part of an prospective study on career determinants in young physicians, begun in 2001, 534 residents were asked in 2007 about their aspired to professional career, their

planned model of private practice, arguments against or for family medicine respectively, and factors to improve family medicine's attractiveness.

Results: Of the study sample, 84 participants (42% men, 58% women) decided on family medicine (60% specialize in primary care, 40% in general internal medicine), 450 specialize in other medical specialties. Of the 534 study participants, 208 plan to work in a private practice, mostly in a group practice (88%). Of the future family physicians, 49% want to open their practice in an urban area, of the future specialists 77%. Main reasons not to decide on family medicine are the uncertain development in health policy and the low income. The diversity of work, the broad spectrum of patients and the continuity in the doctor-patient relationship are named as factors in favor of family medicine. The possibility to run interdisciplinary group practices and better financial conditions are crucial factors to make family medicine an attractive career goal for young physicians.

Conclusions: Family medicine is still assessed as an interesting field, however the conditions to work as a family physician have a deterrent effect on young physicians.

Keywords: Family medicine – professional career – models of private practice – curricula relevant for later family physicians – factors increasing attractiveness of family medicine

Literatur

1. Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2006. Vol. 2007: Bundesärztekammer; 2006.
2. Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH). FMH-Ärztestatistik 2006. Schweiz Ärztezeitung 2007;88(12):508-528
3. Wendt C. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ein Überblick über den Forschungsstand. Gesundheitswesen 2006;68:593-599
4. Korzilius H. Allgemeinmedizin. Verkanntes Potential. Dtsch Ärztebl 2005;102(34-35):1832-1836
5. Abholz HH. Die Umerziehung der Allgemeinmedizin. ZFA 2007;83:85-88
6. Kopetsch T. The medical profession in Germany: past trends, current state and future prospects. Cahiers de sociologie et de démographie médicales 2004;44(1):43-70
7. Marty F. Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004. Prim Care 2005;5(20):455-458
8. Marty F. Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004. Prim Care 2005;5(21):478-480.

9. Marty F. Praxisbarometer Ende 2005: anhaltend wenig Praxiseröffnungen. *Prim Care* 2006;6(5):97
10. Bauer W. Die Hausärzte der Zukunft - wo nehmen wir sie her? *Schweiz Ärztezeitung* 2007;88(10):429-434
11. Kopetsch T. Dem Deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete ed Köln: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2003
12. McKinstry B, Colthart I, Elliott K, Hunter C. The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. *BMC Health Serv Res* 2006;6:56
13. Gravelle H, Hole AR. The work hours of GPs: survey of English GPs. *Br J Gen Pract* 2007;57(535):96-100
14. Gensch K. Veränderte Berufsentscheidung junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Gesundheitswesen* 2007;69:359-370
15. Jones L, Fisher T. Workforce trend in general practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers. *Br J Gen Pract* 2006;56:134-136
16. Watson DE, Slade S, Buske L, Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten year, population-based study. *Health Affairs* 2006;6:1620-1628.
17. Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R. Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden - Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen*. 2002;64:353-362
18. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Hausärzte in der Schweiz - aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven. *Prim Care*. 2007;in press
19. Abholz HH, Donner-Banzhoff N, Niebling W. Das Konzept der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) - was bedeutet dies für Hausärzte? *ZFA* 2006;82:274-277
20. Walker K. Primary care is dying in the United States: mutatis mutandis. *Med Educ* 2006;40:9-11
21. Newton DA, Grayson MS, Foster Thompson L. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med* 2005;80(9):809-814
22. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Acad Med* 2005;80(9):791-796
23. Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002. *Schweiz Ärztezeitung* 2006;87(3):87-93
24. Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *NEJM* 2004;351(7):710-712
25. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. The influence of gender and personality traits on the career planning of medical students. *Swiss Med Wkly* 2003;133:535-540
26. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005;135(1-2):19-26
27. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices - impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* 2006;6(137)
28. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. (Psychosocial Medicine). Prospective study of 2001/02 Swiss medical school graduates on their career

- development. Psychosocial Medicine, Zurich University. Fourth report. September 2007.
29. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, et al. Primary Care in Switzerland - no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly* 2006;136:416-424
 30. Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res* 2006;6(98)
 31. Abele AE. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A, eds. *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer; 2005:35-57
 32. British Medical Association. BMA Cohort Study of 1995 Medical Graduates. British Medical Association, Health Policy & Economic Research Unit. Tenth report. June 2005
 33. Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF. Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden - ein Modell für Deutschland? Beschreibung der Weiterbildung und kritischer Vergleich. *Gesundheitswesen*. 2007;69:415-419
 34. Pugno PA, McGaha AL, Schmittling GT, Fetter GTJ, Kahn NBJ. Results from the 2006 National Resident Matching Program: family medicine. *Fam Med* 2006;38(9):637-646
 35. Siebolds M, Beer AM, Kiwitt P, Meyring S. Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption. *Dtsch Ärztebl* 2006;42:A2765-68
 36. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Family Medicine in Switzerland: Training experiences in medical school and residency. *Fam Med* 2007;in press
 37. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians - career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly*; in press
 38. Mayorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der Velden L, van der Zee J. Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy* 2005;72(1):73-80
 39. Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Brähler E. Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;53:319-321
 40. Jungbauer J, Kamenik C, Alfermann D, Brähler E. Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Gesundheitswesen*. 2004;66:51-56
 41. Stokes T, Tarrant C, Mainous A, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3(4):353-359
 42. Werblow A. Effizienz von Allgemeinpraxen in der Schweiz. *Gesundheitswesen*. 2005;67:107-111

Korrespondenzadresse: Korrespondierende Autorin: Prof. Dr. med. Barbara Buddeberg-

Fischer, Psychosoziale Medizin, UniversitätsSpital Zürich, Haldenbachstrasse 18, CH-8091

Zürich, Schweiz; Tel. 0041/44/255 51 27; Fax 0041/44/255 43 84; Email:

barbara.buddeberg@usz.ch

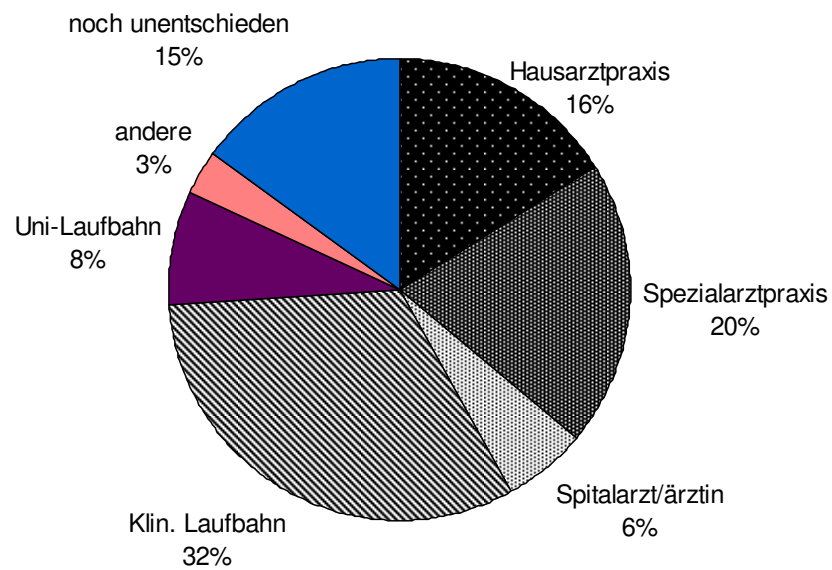


Abbildung 1: Angestrebte berufliche Laufbahn und Modelle beruflicher Tätigkeit (n = 534)

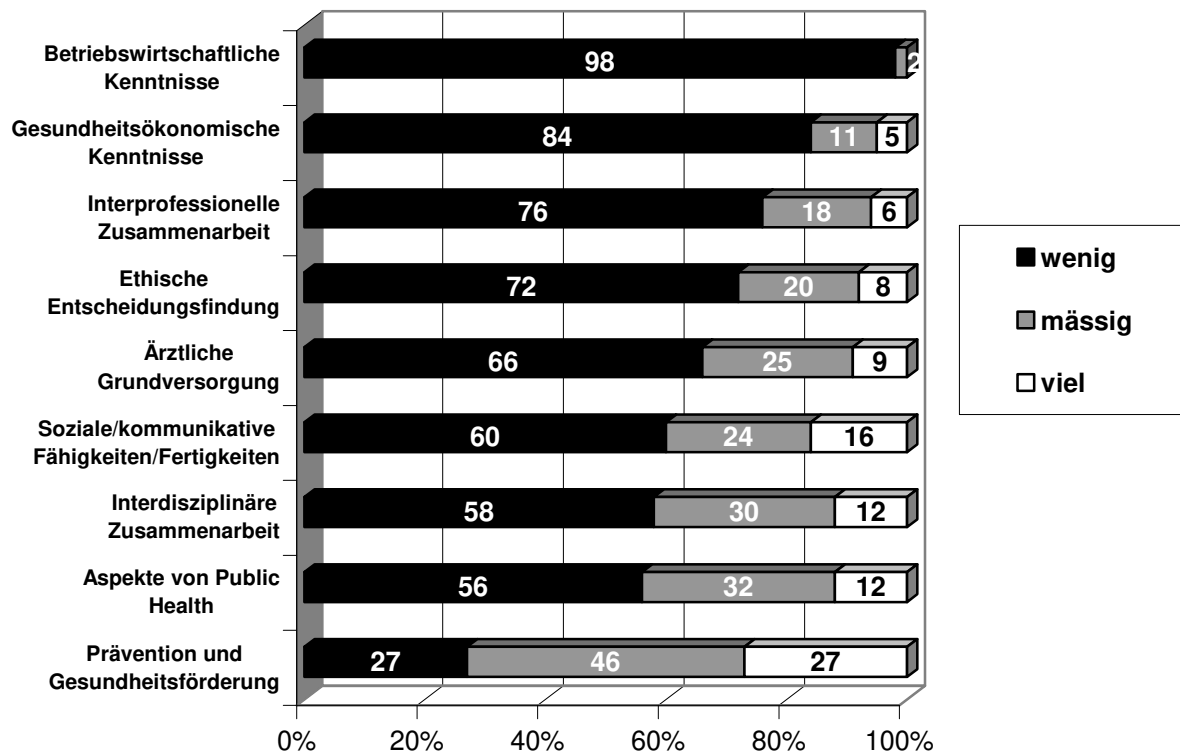
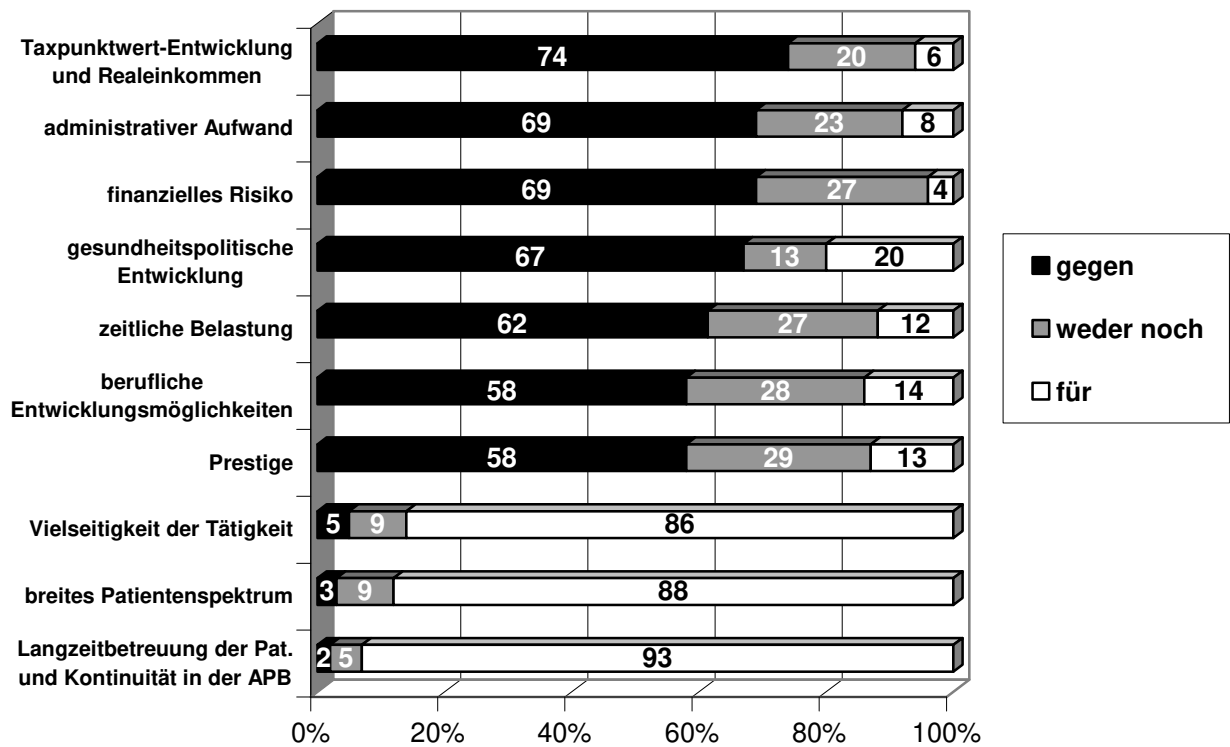


Abbildung 2: Vermittlung von professionsrelevanten Lerninhalten im Studium (n = 534)



Legende: Taxpunktwert = jede ärztliche oder technische Leistung wird durch eine im Arzttarif fest gelegte Zahl von Taxpunkten abgerechnet. Die Höhe des Taxpunktwerthes wird jedes Jahr vom Konkordat der Krankenkassen, der Schweizerischen Ärztesgesellschaft und dem Bundesamt für Gesundheit neu ausgehandelt, wobei das Prinzip der Kostenneutralität gilt.

Abbildung 3: Faktoren, welche aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte *für* bzw. *gegen* die Hausarztmedizin sprechen (n = 534)

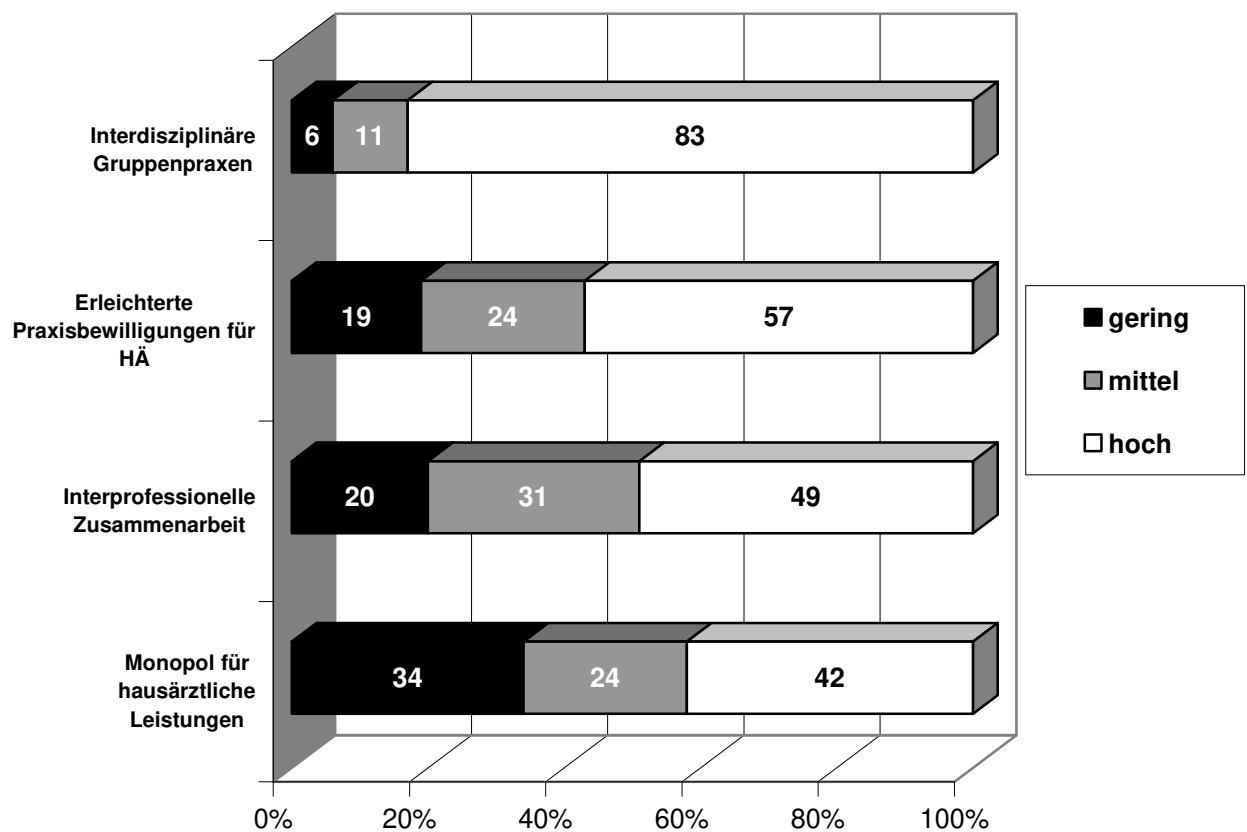


Abbildung 4: Attraktivitätssteigernde Faktoren für den Hausarztberuf aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte (n = 534)